



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Estructura del diagnóstico enfermero. Marco histórico-conceptual y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en patología mental.

Autor/es

AINHOA IBARMIA MARÍN

Director/es

PEDRO SOMOVILLA CABEZON y ELENA ANDRADE GÓMEZ

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



Estructura del diagnóstico enfermero. Marco histórico-conceptual y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en patología mental., de AINHOA IBARMIA MARÍN

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA
“ANTONIO COELLO”

Autora: Ainhoa Ibarmia Marín

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**ESTRUCTURA DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO. MARCO HISTÓRICO-
CONCEPTUAL Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PATOLOGÍA MENTAL**

**STRUCTURE OF THE NURSE DIAGNOSIS. HISTORICAL-CONCEPTUAL
FRAMEWORK AND APPLICATION OF THE NURSING PROCESS IN MENTAL
PATHOLOGY**

Tutor: Pedro Somovilla Cabezón
Cotutora: Dra. Elena Andrade Gómez

Logroño, mayo de 2020

Curso 2019 – 2020, Convocatoria Excepcional

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 6 |
| ✚ Palabras clave..... | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| ✚ Keywords | 7 |
| INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| ✚ Justificación..... | 9 |
| ✚ Objetivos | 9 |
| DESARROLLO | 11 |
| ✚ Metodología de estudio | 11 |
| EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | 14 |
| ✚ Antecedentes históricos. | 14 |
| ✚ Definición de diagnóstico de enfermería..... | 16 |
| ✚ Utilidad de los diagnósticos de enfermería | 17 |
| ✚ Elaboración del diagnóstico de enfermería..... | 17 |
| ✚ Diferencias entre los diagnósticos médicos y de enfermería | 20 |
| ✚ Estructura del enunciado de un diagnóstico enfermero | 21 |
| ✚ Taxonomía II de los diagnósticos NANDA | 22 |
| ✚ Tipos de diagnósticos enfermeros | 25 |
| ✚ Precisión del juicio diagnóstico..... | 26 |
| ✚ Tecnología y diagnóstico enfermero: registros informatizados de salud | 27 |
| LA TAXONOMÍA NNN APLICADA A LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL..... | 29 |
| ✚ La estandarización diagnóstica en el campo de la salud mental..... | 30 |
| ✚ Una propuesta de aplicación de la taxonomía NANDA-I en el campo de la salud mental | 30 |
| ✚ Aplicación de la taxonomía NANDA-I en el contexto de la esquizofrenia..... | 33 |
| ✚ Diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones NIC aplicadas a un caso clínico..... | 34 |
| CONCLUSIONES | 43 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 44 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Descriptores empleados en la búsqueda bibliográfica..... | 12 |
| Tabla 2. Resultados de búsqueda de libros | 12 |
| Tabla 3. Resultados de búsqueda de artículos y otras publicaciones | 13 |
| Tabla 4. Patrones funcionales de salud | 19 |
| Tabla 5. Comparación de diagnósticos enfermeros y diagnósticos médicos | 21 |
| Tabla 6. Dominios y clases de la Taxonomía II de la NANDA | 23 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Elaboración del diagnóstico de enfermería | 18 |
| Figura 2. Funciones de los componentes del enunciado diagnóstico..... | 22 |

ANEXOS

| | |
|--------------------------|----|
| Anexo 1. Cronograma..... | 47 |
|--------------------------|----|

LISTADO DE ABREVIATURAS

- PAE: Proceso de Atención de Enfermería.
- DE: Diagnóstico Enfermero.
- CINHALL: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature.
- MeSH: Medical Subject Headings.
- NLM: National Library of Medicine.
- DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.
- NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association International Inc.
- NOC: Nursing Outcomes Classification.
- NIC: Nursing Interventions Classification.
- CMD: Conjunto Mínimo de Datos.

RESUMEN

El diagnóstico enfermero define lo que nuestra profesión está capacitada y autorizada a tratar. Es el elemento crítico del Proceso de Atención de Enfermería, determinando las intervenciones a prescribir para alcanzar los resultados deseados para el paciente.

De las clasificaciones desarrolladas a lo largo del último siglo, la taxonomía NANDA-I de diagnósticos enfermeros, complementada por las taxonomías de intervenciones enfermeras y resultados (sistema NNN), es la habitualmente adoptada a nivel internacional por ser considerada como la más apropiada.

Este trabajo estudia la evolución del concepto de diagnóstico enfermero, su estructura, sus sistemas de clasificación, sus tipos, sus utilidades y el estado actual de su aplicación. Hace, además, un desarrollo práctico para el caso de una de las enfermedades mentales más comunes.

Concluye que se han realizado substanciales avances en el uso estandarizado de los diagnósticos enfermeros, especialmente desde la introducción de aplicaciones informáticas.

Aun así, al seguirse constatando déficits y fallos, se propone insistir en la educación durante el Grado de Enfermería en la teoría y práctica del proceso enfermero, en el uso de las taxonomías y en el manejo de las aplicaciones informatizadas.

- **Palabras clave:** diagnóstico enfermero, lenguaje enfermero estandarizado, NANDA-I, conjunto mínimo de datos y salud mental.

ABSTRACT

Nursing diagnosis defines what our profession is trained and authorized to treat. It is the critical element of the Nursing Care Process, determining the interventions to prescribe to achieve the desired results for the patient.

Of the classifications developed over the last century, the NANDA-I taxonomy of nursing diagnoses, complemented by the taxonomies of nursing interventions and results (NNN system), is the one usually adopted internationally because it is considered the most appropriate.

This work studies the evolution of the concept of nursing diagnosis, its structure, its classification systems, its types, its uses, and the current state of its application. It also makes a practical development for the case of one of the most common mental illnesses.

It concludes that substantial advances have been made in the standardized use of nursing diagnoses, especially since the introduction of computer applications.

Even so, as deficits and failures continue to be observed, it is proposed to insist on education during the Nursing Degree in the theory and practice of the nursing process, in the use of taxonomies and in the management of computerized applications.

- **Keywords:** nursing diagnosis, standardized nursing language, NANDA-I, minimum data set and mental health.

INTRODUCCIÓN

La enfermería, al igual que el resto de las disciplinas sanitarias, se rige por dos líneas definitorias interrelacionadas y complementarias: el cuerpo teórico de conocimientos y la metodología específica de la práctica profesional. Las dos líneas se desarrollan dinámicamente, a partir de la experiencia y de la evidencia procedente del proceso científico (1, 2).

A mediados del siglo XX, en paralelo a los modelos teóricos (la teoría enfermera), comienza la consolidación de una metodología para la toma de decisiones clínicas enfermeras, finalmente denominada Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (1, 2).

En 1955, Lydia Hall, en un discurso dirigido a Diplomados de la New Jersey League of Nursing, mencionó por primera vez la necesidad de “un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente” y en 1967 Helen Petro-Yura y Mary B. Walsh publicaron el primer texto que describía el PAE, inicialmente con cuatro fases: valoración del paciente, planificación de cuidados, ejecución de éstos y evaluación de resultados (3). A principios de los años setenta, Doris Bloch, Callista Roy y Mary Jo Aspinall entre otras autoras propusieron añadir una quinta fase: el diagnóstico enfermero, dando lugar al actual proceso de cinco fases (1, 2).

Desde 1973, el PAE figura como estándar de calidad de la práctica profesional en la *Nursing Scope and Standards of Practice* de la *American Nurses Association* y, en una rápida evolución, ha venido a ser reconocido como el marco legítimo de la práctica enfermera. Mediante el proceso de atención de enfermería se aplica el método científico en la práctica asistencial enfermera, permitiendo prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática (1, 2).

Finalmente, desde finales del siglo pasado, se viene produciendo una nueva evolución al orientarse el PAE no sólo hacia los objetivos sino a conocer cuánto y cuándo se obtendrán los mismos. Es lo que se conoce como PAE de “tercera generación” que, considera e integra las concepciones, condiciones y conductas reales que pueden adoptar los individuos, sus familias y su entorno (4).

La utilización del marco metodológico del PAE y su registro mediante lenguaje estandarizado han demostrado tener importantes y beneficiosas influencias sobre la calidad de los servicios prestados, los resultados clínicos, la adherencia terapéutica en pacientes con problemas de salud crónicos y la cuantificación objetiva de los resultados de la actividad enfermera (5).

Además, favorece el pensamiento crítico, simplifica la comunicación entre los profesionales de enfermería (5), facilita la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (6), y repercute favorablemente sobre los parámetros de los recursos sanitarios tan importantes como la reducción de los costes relacionados con el uso de medicamentos o la duración de la estancia media hospitalaria (7).

Aunque la fase del diagnóstico fue la última en incorporarse al PAE, es considerada como crucial dentro del proceso, pues es la que articula la valoración del paciente con la planificación/administración de cuidados y la posterior evaluación de los resultados.

Se denomina diagnóstico al acto y la consecuencia de diagnosticar. La palabra diagnóstico proviene del verbo griego *diagignóskein* que significa discernir o distinguir. Se refiere, por tanto, a la capacidad de reconocer situaciones o cosas distintas. Cualquier persona que hace una afirmación o establece una conclusión acerca de la esencia de una situación o problema, es decir, elabora un juicio, está haciendo un diagnóstico.

Así pues, un diagnóstico de enfermería (DE) es un juicio clínico, desarrollado por un profesional enfermero/a con formación y experiencia, en referencia al estado de salud de una persona. Es la integración de la ciencia en el ejercicio de la profesión (8).

Justificación

Como se ha comentado, el DE proporciona la base para la selección de intervenciones de las que la enfermera/o es responsable y cuyo objetivo es conseguir resultados, fundamentalmente en forma de salud.

Por otro lado, el PAE y particularmente el diagnóstico enfermero han favorecido el desarrollo de un rol independiente, de una identidad profesional mejorada y de una mayor autonomía en la práctica clínica de los/las profesionales de enfermería, rompiendo con el esquema tradicional de ayudante, colaborativa y subordinada que se le atribuía a la profesión.

Parece pues razonable y de gran interés para nuestra profesión, como plantea el presente trabajo, revisar el trayecto recorrido y conocer cuál es la situación actual del diagnóstico enfermero. Y también una visión práctica de cómo puede ser aplicado a procesos clínicos concretos, en este caso relacionado con enfermedades mentales.

Objetivos

En este trabajo fin de grado se ha planteado el siguiente objetivo general:

➤ **General:**

- Estudiar la evolución histórica-conceptual del diagnóstico enfermero y definir cuál es la situación actual en relación con el mismo.

Que se llevará a cabo mediante los siguientes objetivos específicos:

➤ **Específicos:**

- Conocer cómo se elabora y estructura el DE y qué tipos de diagnósticos existen.

- Revisar las taxonomías de los DE, las normas de éstos y su manejo mediante procedimientos informáticos.
- Valorar el grado de implantación del DE en nuestro sistema sanitario.
- Aplicar los conocimientos teóricos al proceso de atención de enfermería en patología mental.

DESARROLLO

Metodología de estudio

➤ Tipo de estudio

El trabajo se plantea como una revisión bibliográfica narrativa, con la pretensión de organizar de forma actualizada la información científica existente sobre la cuestión estudiada: el marco histórico-conceptual del diagnóstico enfermero y su aplicación dentro del PAE en la patología mental. El anexo 1 muestra un cronograma del desarrollo del trabajo.

➤ Estrategias de búsqueda bibliográfica

Para buscar información en profundidad sobre el asunto estudiado se realizó una revisión de la literatura existente mediante búsquedas en inglés y castellano, definida por los descriptores primarios y secundarios referidos en la tabla 1.

Se comenzó indagando con los descriptores primarios en el portal de la Universidad de la Rioja (Dialnet) y Google Académico para, después, acceder con los términos específicos a las principales bases de datos de ciencias de la salud a través del portal MyAthens.

En MyAthens se efectuaron las siguientes búsquedas bibliográficas:

- En la plataforma OVID, con acceso directo y simultáneo a las bases de datos PubMed, EMBASE (base de datos de Elsevier), EBP Database (*Joanna Briggs Institute*), PsycINFO (base de datos de la *American Psychological Association*) y Books@OVID (buscador de libros OVID).
- En la base de datos CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*).
- En CIBERINDEX, con acceso a la base de datos bibliográfica sobre cuidados de salud CUIDEN.
- En la *Cochrane Library* (revisiones y protocolos).

Los descriptores, cuando fue necesario, se trasladaron al lenguaje documental utilizando los *Medical Subject Headings* (MeSH) de la *National Library of Medicine* (NLM) para los términos en inglés y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los términos en castellano.

La búsqueda se restringió a las publicaciones realizadas en Revistas de Enfermería desde el año 2005 al año 2020, que tuvieran resumen disponible y estuviesen en los idiomas castellano o inglés.

También en MyAthens se consultó el fondo editorial de habla hispana ENFERTECA, con el objetivo de búsqueda de otros libros que pudieran resultar útiles para las dos partes de la revisión bibliográfica.

Dada la naturaleza del trabajo, se buscó también información mediante consulta directa en las páginas web de la *North American Nursing Diagnosis Association* (www.nanda.org) y del Boletín Oficial del Estado (www.boe.es).

Finalmente, para localizar posibles tesis doctorales relacionadas con el tema estudiado se efectuaron búsquedas en las bases de datos Dialnet y TESEO.

Los resultados de búsqueda bibliográfica de cada una de las bases de datos se plantean en las tablas 2 y 3.

Tabla 1. Descriptores empleados en la búsqueda bibliográfica.

| Keywords- MeSH | Palabras clave- DeCS |
|---|---|
| Set A terms <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nursing Diagnosis ✓ Nursing Process ✓ Standardized Nursing Language ✓ Psychiatric Nursing | Descriptores primarios <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de Enfermería ✓ Proceso de Enfermería ✓ Lenguaje Estandarizado de Enfermería ✓ Enfermería Psiquiátrica |
| Set B terms <ul style="list-style-type: none"> ✓ Standards (ST) ✓ History (MT) ✓ Methods (MT) ✓ Classification (CL) | Descriptores secundarios <ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas (ST) ✓ Historia (HI) ✓ Métodos (MT) ✓ Clasificación (CL) |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Resultados de búsqueda de libros.

| Libros | DIALNET | GOOGLE ACADÉMICO | ENFERTECA |
|---|---------|---------------------|-----------|
| Salud Pública, atención primaria y enfermería comunitaria | 4 | 4 | |
| Psiquiatría, salud mental y enfermería psiquiátrica | 1 | | 1 |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Resultados de búsqueda de artículos y otras publicaciones.

| MeSH | Plataforma OVID | | |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------|----------|
| | Resultados | Selección | Citación |
| Nursing Diagnosis | 851 | 36 | 4 |
| Nursing Process | 650 | 20 | 1 |
| Standardized Nursing Language | 1304 | 43 | 4 |
| Psychiatric Nursing and diagnosis | 80 | 12 | 4 |
| MeSH | CINAHL | | |
| | Resultados | Selección | Citación |
| Nursing Diagnosis | 103 | 15 | 3 |
| Nursing Process | 42 | 7 | 0 |
| Standardized Nursing Language | 3 | 3 | 3 |
| Psychiatric Nursing and diagnosis | 13 | 6 | 4 |
| DeSC | CUIDEN | | |
| | Resultados | Selección | Citación |
| Diagnóstico de enfermería | 263 | 20 | 1 |
| Proceso de enfermería | 500 | 25 | 0 |
| Lenguaje Estandarizado de Enfermería | 118 | 8 | 1 |
| Enfermería psiquiátrica y diagnóstico | 99 | 9 | 0 |
| MeSH | Cochrane Library | | |
| | Resultados | Selección | Citación |
| Nursing Diagnosis | 110 | 1 | 0 |
| Nursing Process | 118 | 0 | 0 |
| Standardized Nursing Language | 335 | 2 | 0 |
| Psychiatric Nursing and diagnosis | 4 | 0 | 0 |

Fuente: elaboración propia.

EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Antecedentes históricos.

Al acabar la segunda guerra mundial un gran número de enfermeras americanas altamente cualificadas se reintegraron al servicio civil. Durante el conflicto su trabajo atendiendo y cuidando a pacientes críticos y en situaciones precarias, codo con codo con los médicos, había sido alabado y reconocido como heroico (1, 2).

Las tornas cambiaron al incorporarse a la práctica en tiempo de paz, teniendo que enfrentarse a intensas presiones sociales para que asumieran los roles femeninos tradicionales de cuidadoras y asistentes, y a una dominación de la profesión por parte de los médicos (1, 2).

Ante tales pretensiones las profesionales enfermeras se esforzaron en redefinir su estatus y el valor no subordinado de su actividad. En este contexto, el diagnóstico de enfermería fue visto como el enfoque que podría proporcionar el marco de referencia a partir del cual las enfermeras podrían determinar qué hacer y qué esperar. Las siguientes dos décadas, años 50 y 60 del siglo XX, estuvieron marcadas por continuos debates e intentos de aproximar la profesión al término diagnóstico de enfermería (1, 2).

Fue Rachel Louise McManus quien en 1950 utilizó por primera vez dicho término, refiriéndose a la identificación de problemas. La misma enfermera junto con Vera Fry, describieron en 1953 el diagnóstico enfermero como un paso necesario para desarrollar un plan de cuidados, expresando la posibilidad de formular el mismo tras la valoración de cinco áreas del paciente: tratamiento y medicación, higiene personal, necesidades ambientales, guía y enseñanza y necesidades humanas y personales (1, 2).

En 1955 Lesnick y Anderson defendieron que podía llamarse Diagnóstico Enfermero al área de responsabilidad enfermera. En 1960 Fayed Abdellah propuso un sistema de ordenación para identificar problemas clínicos, aplicándose el mismo en algunas escuelas para facilitar a los alumnos la identificación de las situaciones de los pacientes (1, 2).

Pero todos los autores coinciden en señalar la primera Conferencia Nacional de Clasificación de Diagnósticos de Enfermería (Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis, Missouri, 1973) como el hito más importante para la aceptación y utilización de los diagnósticos de enfermería, tras la aprobación de la utilización de dicho término por la *American Nurses Association*. Dicha conferencia fue convocada a instancias de Teresa Deocares, Rosario Diaz y Cristina Gutiérrez, enfermeras pioneras en realizar la clasificación de la nomenclatura y los diagnósticos de enfermería a nivel oficial (1, 2).

El grupo de expertos que se reunió en 1973 se convirtió en 1982 en los que hoy conocemos como la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Esta sociedad científica fue fundada con el objetivo de establecer los criterios apropiados para definir diagnósticos de enfermería, clasificar los diagnósticos definidos (taxonomía) y trabajar por la implementación estandarizada de la terminología que refleja los juicios clínicos enfermeros (8).

Además de los obvios beneficios asistenciales que implicaba la estandarización del lenguaje enfermero a través de los diagnósticos, la NANDA lo planteó como el primer paso para conseguir que las compañías aseguradoras norteamericanas pagasen directamente a las enfermeras por sus cuidados (1, 2).

No fue NANDA la única institución o asociación empeñada en esta tarea. En las décadas siguientes se propugnaron otras clasificaciones de diagnósticos de enfermería de las que las propuestas más elaboradas de ellas fueron la *International Classification of Nursing Practice*, la *International Classification of Functioning, Disability and Health* y la *Nursing Diagnostic System of the Centre for Nursing Development and Research* (9).

Finalmente, la de NANDA fue reconocida por los expertos como la clasificación más adecuada, como señalaban en 2007 Müller-Staub et al., destacando su capacidad para describir la base de conocimientos de la que es responsable la profesión de enfermería, la correspondencia que en la misma tiene cada clase diagnóstica con un concepto central y la claridad con que se describe cada diagnóstico, sus criterios y las etiologías relacionadas (9).

Como resultado del trabajo realizado por la NANDA se han ido emitiendo sucesivos y diferentes listados de diagnósticos, aceptados en sus conferencias. En 1984 la asociación cambió el nombre de los “Patrones del Hombre Unitario” que se usaban hasta entonces por el de “Patrones Funcionales de Salud” en base a los trabajos de Marjory Gordon (8).

En 2002 se publicó una versión revisada de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon que desde entonces se conoce como Taxonomía II (8). En ese mismo año, la NANDA se convirtió oficialmente en *NANDA International* y, en 2011, en *NANDA International Inc.* (NANDA-I) en consideración del importante crecimiento en el número de miembros fuera de América del Norte (10).

La elaboración de la Taxonomía II y las sucesivas revisiones realizadas posteriormente las efectúa el Comité de Desarrollo Diagnóstico de la NANDA-I. A partir de la revisión 2012-2014 los diagnósticos enfermeros y materiales de apoyo aprobados por dicho comité se encuentran en la web oficial para su votación electrónica por parte de los miembros de la NANDA-I (10).

Con el paso del tiempo, se ha añadido a la Taxonomía II una nueva clasificación: Taxonomía Combinada de la Práctica Enfermera NNN, que enlaza los diagnósticos NANDA con los *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y con las *Nursing Interventions Classification* (NIC) y permite la sistematización y organización de los PAE de forma estandarizada (10, 11).

Definición de diagnóstico de enfermería

La *American Nurses Association* destaca la importancia de los diagnósticos enfermeros en su propio concepto de la profesión: la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales (8).

Tras lo referido en los antecedentes históricos, no debe sorprender que muchas profesionales de prestigio y muchas asociaciones enfermeras hayan intentado enunciar de forma concreta qué es un diagnóstico de enfermería. En todas las definiciones se aluden tres características:

- Consiste en la identificación de respuestas humanas a problemas de salud concretos o potenciales.
- Es realizada por los profesionales de enfermería, a partir de sus conocimientos y experiencia.
- Los profesionales de enfermería están capacitados y tienen derecho a ejercer de forma autónoma y con responsabilidad legal.

El concepto "respuestas humanas", en relación con la salud, se refiere a las reacciones de una persona ante la presencia de problemas de salud y/o procesos vitales que la afectan directamente. Cuando estas respuestas no son efectivas y se alteran o pueden alterar el estado funcional de la persona, deben ser abordadas por la enfermería a través de los diagnósticos enfermeros. De esta manera, los trastornos pueden ser prevenidos, reducidos o resueltos mediante el desarrollo de acciones propias de la enfermería (12).

La NANDA define el diagnóstico enfermero desde 1990 como "un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de un individuo, una familia o una comunidad real o potencial hacia un problema de salud/proceso de vida. Un diagnóstico de enfermería provee la base para la selección de intervenciones de enfermería para obtener resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad". Los diagnósticos enfermeros se desarrollan a partir de los datos obtenidos durante la evaluación de enfermería y permiten al enfermero o enfermera desarrollar el plan de cuidados (13).

Dorothea Orem, en 1991, lo definió como el "proceso intencionado por el que las enfermeras, en situaciones de práctica profesional, examinan y analizan cuidadosamente los hechos y juicios sobre las personas a las que atienden y sobre las propiedades y actividades de éstas personas, para explicar y establecer la naturaleza y causas de sus demandas de autocuidados terapéuticos; el estado de desarrollo, la operatividad y la adecuación de su agencia de autocuidados; y la presencia y expresión de los déficits de autocuidados existentes o esperados" (8).

Para Marjory Gordon, en 1994, el diagnóstico de enfermería describe "problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar. El elemento crítico es determinar si las intervenciones prescritas por la enfermera pueden alcanzar los resultados establecidos con el cliente" (12).

Para que un problema de salud se constituya como un diagnóstico de enfermería (12):

- Debe repetirse en una cantidad significativa de pacientes.
- No debe relacionarse con una enfermedad específica.
- Debe poder ser tratado por un enfermero.

Utilidad de los diagnósticos de enfermería

Como ha podido irse deduciendo de lo expresado hasta ahora los diagnósticos de enfermería no tienen un único propósito, sino que sus finalidades son múltiples (8):

- Las fundamentales son las asistenciales:
 - Permiten identificar las prioridades de enfermería y dirigir las intervenciones de enfermería con base en las prioridades identificadas.
 - Ayudan a identificar cómo un paciente o un grupo de población responde a los procesos de salud y de vida reales o potenciales y a conocer los recursos disponibles y las fortalezas que se pueden aprovechar para prevenir o resolver problemas.
- Pero también tienen finalidades administrativas:
 - Proporcionan una base para evaluar si la atención de enfermería fue beneficiosa para el cliente y rentable en términos económicos.
 - Facilitan concretar los resultados de la atención prestada a afectos de los requisitos de calidad establecidos por la Administración o terceros pagadores.
 - Proporcionan un lenguaje común y constituyen una base para la comunicación y la comprensión, tanto entre los profesionales de enfermería como con el equipo de atención médica.
- Y finalidades docentes e investigadoras:
 - Para los estudiantes de enfermería los diagnósticos enfermeros son una herramienta de enseñanza efectiva, que ayuda a agudizar su pensamiento crítico y sus habilidades en la resolución de problemas.
 - El procesamiento informático del lenguaje diagnóstico estandarizado facilita el desarrollo de prácticas basadas en la evidencia.

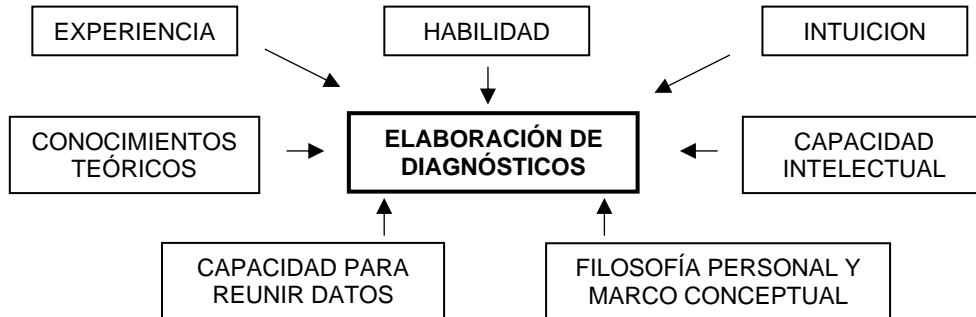
Elaboración del diagnóstico de enfermería

El proceso de elaboración del diagnóstico en la profesión enfermera es producto de una combinación de factores y de valores (8, 12).

Se parte de una adecuada capacidad de la persona para la recogida de datos, combinada con los conocimientos teóricos específicos de la profesión y la comprensión de los diagnósticos de enfermería y sus definiciones, el juicio intuitivo y cierta habilidad para poder llegar a materializar los enunciados diagnósticos (8).

Aunque de estos factores depende en gran parte la emisión de un diagnóstico, también intervienen otros, como las creencias personales, el marco conceptual de la profesión y la mayor o menor experiencia profesional (8) (figura 1).

Figura 1. Elaboración del diagnóstico de enfermería.



Fuente: elaboración propia.

La elaboración de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas (8):

- Recogida de datos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
- Detección de señales, patrones y/o cambios en el estado paciente.
- Establecimiento de posibles hipótesis alternativas que podrían haber causado las señales o patrones detectados.
- Validación.
- Emisión del diagnóstico.

La recolección de datos y la detección de señales, patrones y/o cambios en el estado del paciente son procesos continuos y sistemáticos en los que se aplican diferentes técnicas y procedimientos para obtener información integral (individual, familiar y social) respecto al paciente y tanto referente a su situación actual como a su historial de vida (8).

Las fuentes de información pueden ser (8):

- Primarias: el paciente, su familia y los datos obtenidos del resto del equipo de salud.
- Secundarias: la bibliografía publicada sobre el problema estudiado.

Las técnicas empleadas en la valoración son diversas: observación, entrevista personal, examen físico, toma de medidas antropométricas, visita domiciliaria y pruebas complementarias (de laboratorio, de imagen, etc.). Los datos obtenidos pueden ser subjetivos: los que refiere o siente el paciente, y objetivos: datos que se pueden medir por escalas o instrumentos, refiriéndose al problema de salud actual o a antecedentes y hechos históricos (8).

Existen distintos criterios para la valoración del paciente, pero la forma más extendida de realizarla es mediante la utilización de los Patrones Funcionales de Salud de Marjorie Gordon, que aportan muchas ventajas al proceso (8, 12):

- Pueden aplicarse en cualquier modelo enfermero.
- Permiten estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar y comunitario, a lo largo del ciclo vital y tanto en situaciones de salud como de enfermedad.
- Facilitan claramente los diagnósticos enfermeros al estar incluidos en la clasificación por dominios de la NANDA.

Los patrones funcionales de salud son once y expresan la integridad bio-psico-social-espiritual de la persona (tabla 4). Para elaborar el diagnóstico, no pueden ser evaluados aisladamente sino considerando las relaciones existentes entre ellos.

Tabla 4. Patrones funcionales de salud (12).

| |
|--|
| 1. Percepción - Manejo de la salud: describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. |
| 2. Nutricional - Metabólico: describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores de aporte local de nutrientes. |
| 3. Eliminación: describe los patrones de la función excretora (intestino, vejiga y piel). |
| 4. Actividad - Ejercicio: describe el patrón de actividad, ejercicio, ocio y recreación. |
| 5. Sueño - Descanso: describe el patrón de sueño, reposo y relajación. |
| 6. Cognitivo - Perceptual: describe el patrón sensitivo-perceptual y cognitivo. |
| 7. Autopercepción - Autoconcepto: describe el patrón de autoconcepto del cliente y la percepción del estado de ánimo. |
| 8. Rol - Relaciones: describe el patrón de compromisos del rol y relaciones. |
| 9. Sexualidad - Reproducción: describe el patrón de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo. |
| 10. Afrontamiento - Tolerancia al estrés: describe el patrón de afrontamiento general y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. |
| 11. Valores - Creencias: describe el patrón de valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. |

Fuente: elaboración propia.

Como señala la propia Marjory Gordon “Los patrones de salud de un cliente, ya sea un individuo, una familia o una comunidad, surgen de la evolución entre cliente y entorno. Cada patrón es una expresión de integración psico-social. Ningún patrón puede comprenderse sin el conocimiento de los restantes. Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales. Los patrones de salud disfuncionales (descritos por los diagnósticos enfermeros) pueden aparecer con la enfermedad, aunque también pueden conducir a ella” (12).

El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos de la valoración con algunos de los siguientes (12):

- Los datos de referencia del individuo.
- Las normas estadísticas para su grupo de edad.
- Las normas culturales, sociales u otras.

Antes de emitir un diagnóstico se ha de valorar la posible existencia de hipótesis alternativas, una vez finalizada la recogida de los datos, señales y patrones que presenta el paciente (8).

Diferencias entre los diagnósticos médicos y de enfermería

Los diagnósticos enfermeros se centran en la atención, como señalan entre otros autores Chiffi et al., expresando estados de salud alterados que pueden beneficiarse o resolverse mediante intervenciones enfermeras que el/la profesional está capacitado y debe emprender de forma autónoma (14).

El núcleo de los diagnósticos médicos es la enfermedad. El médico, a partir de sus conocimientos y experiencia, establece cuál es el proceso patológico que padece a un determinado paciente: diabetes, tuberculosis, pancreatitis, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca... y prescribe el tratamiento que considera más apropiado para combatir el mismo (14) (tabla 5).

El núcleo del diagnóstico de enfermería es la respuesta física, mental y/o espiritual del paciente ante la condición patológica que padece: deterioro de la deglución, déficit de volumen de líquidos, riesgo de estreñimiento, trastorno del patrón del sueño etc. (14) (tabla 5).

A diferencia del diagnóstico médico, que frecuentemente es estable a lo largo del proceso asistencial de un paciente, el diagnóstico de enfermería puede cambiar en función de la respuesta de cada persona a la condición patológica que le afecta (14).

Tabla 5. Comparación de diagnósticos enfermeros y diagnósticos médicos (14).

| Diagnósticos enfermeros | Diagnósticos médicos |
|---|---------------------------|
| Patrón respiratorio ineficaz | Neumonía |
| Trastorno de la imagen corporal | Amputación |
| Riesgo de glucemia inestable | Diabetes mellitus |
| Deterioro de la deglución | Cáncer de esófago |
| Déficit de autocuidados en vestido y aseo | Accidente cerebrovascular |

Fuente: elaboración propia.

Estructura del enunciado de un diagnóstico enfermero

Los diagnósticos enfermeros, de acuerdo con la propuesta hecha por Marjory Gordon en 1976, tienen tres componentes que suelen describirse mediante el acrónimo PES (12):

- P = Etiqueta diagnóstica (problema de salud y su definición).
- E = Etiología.
- S = Sintomatología.

La etiqueta diagnóstica (P) describe, en la forma más concisa posible, el problema de salud o la respuesta del paciente. Suele constar de dos partes: el núcleo del diagnóstico y el modificador o calificador que se le puede agregar para dar un significado adicional o especificar su contenido (12). Por ejemplo:

- Perfusión tisular (núcleo) inadecuada (calificador).
- Riesgo de (modificador) lesión (núcleo).

La etiología (E) se refiere a los factores involucrados en la aparición del problema y orienta a la enfermera para individualizar el cuidado del paciente, con el objetivo de eliminar los mismos. La etiqueta diagnóstica se asocia a la etiología mediante el vínculo "relacionado/a con" (12).

La sintomatología (S) agrupa a los signos y síntomas con los que aparece una determinada etiqueta diagnóstica. La etiqueta y la etiología se asocian con la sintomatología mediante el vínculo "manifestado por" (12).

Ejemplo: síndrome de abstinencia agudo (P) relacionado con abandono del consumo de alcohol (E) manifestado por temblor, inquietud y alucinaciones (S).

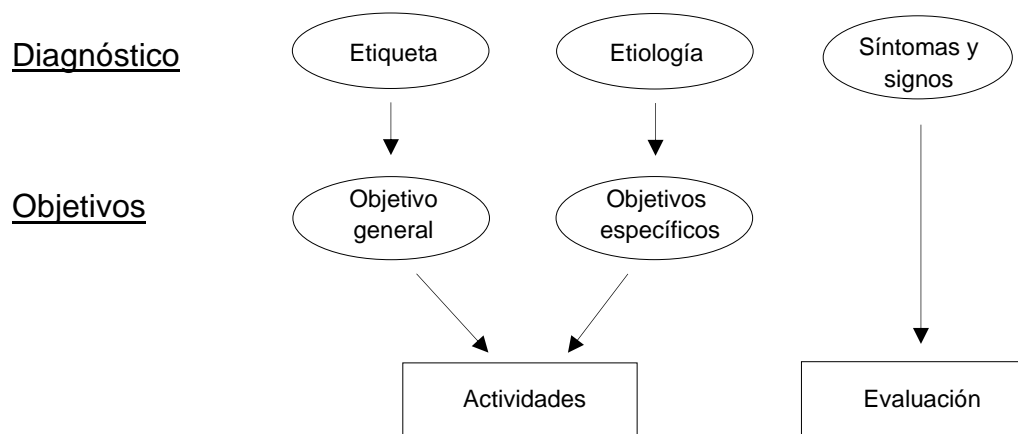
Cada uno de los componentes del enunciado diagnóstico tiene una función propia en la elaboración y evaluación del plan de cuidados enfermeros. La función de cada componente es complementaria con la de los otros (12).

La etiqueta diagnóstica permite conocer y delimitar el problema de salud o la situación de riesgo que afecta a la persona atendida. También es la forma más eficaz para la comunicación de dicho problema entre los profesionales y permite avanzar en la búsqueda o investigación de nuevos tratamientos alternativos para el mismo (12) (figura2).

La etiología, al identificar el origen de los problemas, facilita información para que el profesional enfermero pueda actuar con la intención de eliminar los agentes causales. Cuanto más específico es el enunciado etiológico más acertada será la planificación de cuidados (12) (figura2).

La descripción de los signos y síntomas del problema que afecta al paciente va a tener un valor especialmente relevante a la hora de evaluar los resultados del PAE, sirviendo como indicadores de la efectividad final de la actuación enfermera (12) (figura 2).

Figura 2. Funciones de los componentes del enunciado diagnóstico (12).



Fuente: elaboración propia.

Taxonomía II de los diagnósticos NANDA

Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA. Se basa en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, fue aprobada en 2002 y sustituyó desde 2004 a la taxonomía I que clasificaba los diagnósticos según los modelos de respuesta humana (10, 11).

La última edición de la Taxonomía II incluye un total de 244 diagnósticos en una estructura clasificatoria de dos niveles (10, 11) (tabla 6):

- **Dominios:** nivel más general de la taxonomía, se elaboraron según los patrones funcionales de salud de Gordon. Existen 13 dominios.
- **Clases:** nivel más concreto de la taxonomía dentro de cada dominio. Existen 47 clases.

Tabla 6. Dominios y clases de la Taxonomía II de la NANDA (10, 11).

| DOMINIO | | CLASE 1 | CLASE 2 | CLASE 3 | CLASE 4 | CLASE 5 | CLASE 6 |
|---------|---|--------------------------------|-----------------------------|--|---|---------------------|------------------|
| 1 | Promoción de la salud | Toma de conciencia de la salud | Gestión de la salud | | | | |
| 2 | Nutrición | Ingestión | Digestión | Absorción | Metabolismo | Hidratación | |
| 3 | Eliminación e intercambio | Función urinaria | Función gastro-intestinal | Función tegumentaria | Función respiratoria | | |
| 4 | Actividad Reposo | Sueño/ reposo | Actividad/ ejercicio | Equilibrio de la energía | Respuestas cardio-vasculares y pulmonares | Autocuidado | |
| 5 | Percepción Cognición | Atención | Orientación | Sensación/ percepción | Cognición | Comunicación | |
| 6 | Auto percepción | Autoconcepto | Autoestima | Imagen corporal | | | |
| 7 | Rol Relaciones | Roles de cuidador | Relaciones familiares | Desempeño del rol | | | |
| 8 | Sexualidad | Identidad sexual | Función sexual | Reproducción | | | |
| 9 | Afrontamiento y tolerancia al estrés | Respuestas post-traumáticas | Respuestas de afrontamiento | Estrés neuro comporta mental | | | |
| 10 | Principios vitales | Valores | Creencias | Congruencia entre valores creencias y acciones | | | |
| 11 | Seguridad Protección | Infección | Lesión física | Violencia | Peligros del entorno | Procesos defensivos | Termo regulación |
| 12 | Confort | Confort físico | Confort del entorno | Confort social | | | |
| 13 | Crecimiento y desarrollo | Crecimiento | Desarrollo | | | | |

Fuente: elaboración propia.

La estructura de la taxonomía II de la NANDA está diseñada de forma multiaxial, lo que la hace flexible y facilita las posibles modificaciones y su incorporación a sistemas informáticos (10, 11).

La respuesta humana que se considera en cada proceso diagnóstico se denomina “eje”. Cada uno de los procesos consta de siete ejes y pueden aparecer de forma explícita o implícita (10, 11):

- Etiqueta diagnóstica: es el núcleo del diagnóstico. Puede contar con una o más palabras. Ejemplos: dolor, incontinencia urinaria, incumplimiento del tratamiento...
- Tiempo: delimita la duración del diagnóstico. Ejemplos: agudo (menos de 6 meses), crónico (más de 6 meses), intermitente, continuo...
- La unidad de cuidados: define la población a la que va dirigida el diagnóstico. Ejemplos: individuo, familia, comunidad...
- Las etapas del desarrollo: indica el estado del desarrollo en el que se encuentra el individuo al que va dirigido el diagnóstico. Ejemplos: feto, adolescente, anciano...
- Estado de salud: indica el estado en la que se encuentra el problema sobre el actuamos. Ejemplos: bienestar, riesgo...
- Descriptor: limita o especifica el significado del diagnóstico. Ejemplos: disfuncional, inefectivo, anticipado, comprometido...
- Topología: indica las zonas del cuerpo a las que hace referencia el diagnóstico. Ejemplos: auditivo, intracraneal, urinario...

En la última revisión de la clasificación de diagnósticos enfermeros, NANDA 2018-2020, se han incorporado 17 nuevos diagnósticos, se han retirado 8 y se han revisado 72, completando así los 244 diagnósticos anteriormente mencionados (10, 11).

Cada diagnóstico se presenta con (10, 11):

- Un código único que sirve para identificar y diferenciar el diagnóstico y permitir su tratamiento informático, está presente en todos los tipos de diagnósticos.
- Una etiqueta que describe de forma concisa el diagnóstico está presente en todos los tipos de diagnósticos.
- Una definición que explica y delimita el significado del diagnóstico, está presente en todos los tipos de diagnósticos.
- Unas características definitorias, que se corresponden con una serie de signos o síntomas que indican la presencia del diagnóstico.
- Unos factores relacionados, que describen antecedentes, situaciones o elementos que contribuyen a la aparición del diagnóstico.
- Unos factores de riesgo, que describen situaciones que aumentan la vulnerabilidad de la persona a padecer un determinado problema.

El listado de los diagnósticos sigue el orden alfabético de las etiquetas (10, 11).

Tipos de diagnósticos enfermeros

Desde la revisión 2009-2011, la taxonomía II de la NANDA describe cuatro tipos distintos de diagnósticos de enfermería (10, 11):

- Diagnósticos reales: describen problemas y alteraciones de la salud del individuo validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen.

Su enunciado cuenta siempre con las tres partes del formato PES. Ejemplos:

- Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la circulación m/p destrucción de las capas de la piel.
- Ansiedad r/c estrés por crisis situacionales conflictivas m/p insomnio, angustia y anorexia.

- Diagnósticos de riesgo: juicios clínicos que definen la existencia de una mayor vulnerabilidad para desarrollar un problema concreto en la persona atendida que en el resto de la población. En muchas ocasiones, pueden ser son los diagnósticos con mayor prioridad para el paciente.

Su enunciado cuenta sólo con las dos primeras partes del formato PES (P siempre precedida por el término "riesgo de" y E que en este caso se refiere a los conocidos como "factores de riesgo"). Ejemplos:

- Riesgo de aspiración bronquial r/c deterioro de la deglución.
- Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c inmovilización.

- Diagnósticos de bienestar o de promoción de la salud: juicios clínicos que indican la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para pasar de un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado.

Su enunciado cuenta sólo con la primera parte del formato PES (P describe el aspecto concreto de salud que se desea mejorar). Ejemplos:

- Disposición para mejorar el auto-cuidado.
- Disposición para mejorar la toma de decisiones.

- Diagnósticos de síndrome: compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. Alertan de la presencia de situaciones complejas.

Su enunciado cuenta sólo con la primera parte del formato PES (P describe el problema y puede contener los factores etiológicos o contribuyentes). Ejemplos:

- Síndrome traumático post-violación.
- Síndrome de dolor crónico.

Se suele citar, además, un quinto tipo diagnóstico por su utilidad práctica (10, 11):

- Diagnósticos posibles: describen problemas sospechados, estados provisionales que habrán de confirmarse o descartarse con información adicional. Son muy útiles en la atención clínica porque permiten a los profesionales transmitirse información sobre inquietudes respecto de la evolución del paciente. Durante el

PAE los diagnósticos posibles pasarán a ser diagnósticos reales o de riesgo, o bien se descartarán.

Su enunciado cuenta con las dos primeras partes del formato PES (P precedida del término "posible" y E refleja los datos que llevan a la enfermera a sospechar la existencia del diagnóstico). Ejemplo:

- Posible sufrimiento espiritual r/c enfermedad física.

Precisión del juicio diagnóstico

Al establecer diagnósticos enfermeros podemos definir precisión como la capacidad para diferenciar etiquetas que tengan cierta similitud pero que expresen conceptos distintos. La precisión diagnóstica consiste en seleccionar la etiqueta que defina adecuadamente el estado del paciente y, también, los factores etiológicos y las manifestaciones clínicas correspondientes (8).

Los errores más frecuentes en la elaboración del juicio diagnóstico son (8):

- Dar un nombre nuevo a un diagnóstico médico: el cometido del diagnóstico de enfermería es dar nombre a problemas que requieren solución enfermera autónoma y responsable. No ayuda a nuestra profesión dar un nuevo nombre a problemas médicos pues eso nos conduce a quedarnos en su campo.
- Emitir diagnósticos de enfermería no confirmados, utilizando términos sobre los que no hay información suficiente a causa de una impropia ansiedad por diagnosticar todas las situaciones posibles.
- Equivocar diagnóstico enfermero con intervenciones para justificar su realización.
- Omitir situaciones problemáticas en la documentación: se debe tener en cuenta que los problemas de cada paciente van más allá que los diagnósticos enfermeros, por ejemplo: problemas sociales, económicos, etc. Si no elaboramos una lista completa de ellos miraremos al paciente de forma parcial.

Según Lunney M. hay tres factores que pueden afectar a la precisión del juicio que ha de elaborar una enfermera (15):

- El contexto situacional en el que se desarrolla la tarea diagnóstica: políticas del centro, especialización de la unidad en la que trabaja, expectativas y actitudes de los profesionales de enfermería...
- La propia tarea diagnóstica: todavía muchos profesionales enfermeros se sienten más cómodos con el conocimiento médico que con el conocimiento e independencia profesional de enfermería.
- El propio profesional: por los conocimientos que tiene sobre los diagnósticos enfermeros y por las habilidades diagnósticas de que dispone.

Aunque datan de 1995, las recomendaciones de Iyer et al. que se incluyen a continuación siguen siendo un listado de referencia para evitar errores en la formulación de los diagnósticos enfermeros (16):

- Enunciar en términos de problemas y no de necesidades.
- No utilizar síntomas como respuesta del paciente.
- Asegurarse que ambos elementos del diagnóstico (problema y causa) no dicen lo mismo.
- Asegurarse de que la respuesta del paciente precede al factor causal.
- Utilizar diagnósticos que proporcionan una guía para la planificación de las intervenciones independientes de enfermería; relacionarlos con causas precisas tratables por enfermería.
- Utilizar el lenguaje de enfermería y no el médico para especificar la respuesta del paciente.
- Utilizar el lenguaje de enfermería y no el médico para especificar las causas probables de la respuesta del paciente.
- No comenzar el diagnóstico con una intervención de enfermería.

Tecnología y diagnóstico enfermero: registros informatizados de salud

Los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, como se contempla en el artículo 2, Principios Básicos, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (17).

La tecnología permite disponer de información clínica fiable en tiempo real, mejores registros en los historiales clínicos y disminuir los errores. Por otra parte, la enfermería es una de las principales usuarias de dichos recursos y el registro de la actividad desarrollada durante los procesos de atención enfermera constituye la principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria prestada por la profesión.

Como señalan Flanagan y Weir-Hughes, una de las condiciones necesarias para que tal realidad haya podido ocurrir ha sido la homogenización y estandarización del lenguaje enfermero mediante la utilización de las clasificaciones de Diagnósticos NANDA-I, Intervenciones NIC y Resultados/objetivos NOC (18).

Con la publicación del Real Decreto 1093/2010 por el que se aprobó el conjunto mínimo de datos (CMD) de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en España se estableció como obligatorio el registro de dicho conjunto que supone un extracto impersonal de información administrativa y clínica, recogida fundamentalmente a partir del informe de alta (19).

Como indican Castillo y Torre, el informe de alta es el documento básico de información para el paciente y para los profesionales de los distintos niveles asistenciales (20) y su informatización, junto a la implantación de la historia clínica electrónica, es ya total en todos los niveles asistenciales de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

El citado Real Decreto 1093/2010, en su apartado tres especifica los documentos clínicos que legalmente debe contener el CMD y en su anexo VII indica como parte obligatoria del informe de cuidados de enfermería la información sobre:

- Diagnósticos enfermeros resueltos, expresados con los valores: texto literal NANDA + código literal NANDA.
- Resultados de enfermería, expresados con los valores: texto literal NOC + código literal NOC.
- Intervenciones de enfermería, expresados con los valores: texto literal NIC + código literal NIC.

La obligatoriedad del CMD es también norma a nivel de la Unión Europea, aunque desarrollada independientemente por cada Estado miembro. Y la misma tendencia se extiende a nivel internacional (21-23).

Muchos autores hacen hincapié en la importancia de la inclusión, desde el primer curso del Grado Universitario de Enfermería, de la enseñanza del uso de la taxonomía NNN (NANDA-I, NOC y NIC) y el manejo de aplicaciones informatizadas para su registro, describiendo que en los lugares en los que desarrollan se producen resultados favorables (24-26):

- Gran mejoría en la comunicación entre los profesionales de enfermería.
- Mejor gestión de la práctica clínica en términos de calidad asistencial.
- Planificación y distribución objetiva de recursos materiales y humanos adecuados en las unidades y centros asistenciales.
- Posibilidad de desarrollo de la investigación y formulación de pautas de práctica basadas en la evidencia.
- Participación de la profesión enfermera y el fortalecimiento de su rol profesional autónomo.
- Desarrollo de políticas sanitarias y educativas adecuadas.

LA TAXONOMÍA NNN APLICADA A LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

La relevancia del uso en el proceso de enfermería de las taxonomías NANDA de diagnósticos enfermeros, NIC de intervenciones enfermeras emprendidas y NOC de resultados obtenidos puede evaluarse desde diferentes perspectivas. La más importante de ellas es la asistencial.

La emisión cuidadosa de los diagnósticos enfermeros es el requisito previo para la elección de las intervenciones adecuadas y conducen a la obtención de los resultados de enfermería esperados. Con la adopción del sistema NNN se ha ido produciendo una sistematización creciente de la atención enfermera con el resultado de una importante mejora de la calidad y la seguridad de ésta (27).

Estudios específicos han señalad que, en el campo de la Salud Mental, la taxonomía NANDA también describe de forma amplia la tarea diagnóstica que desarrolla la enfermería en las unidades psiquiátricas (28, 29) y la NIC lo hace con las intervenciones enfermeras que tienen lugar en dichas unidades (29, 30).

La enfermería psiquiátrica es la rama de la profesión enfermera que desarrolla su tarea en el campo de las respuestas humanas derivadas de las alteraciones de la salud mental. Atiende las necesidades de los pacientes con problemas de salud mental (31).

La especialidad de Enfermería en Salud Mental se desarrolló en nuestro País por la Orden Ministerial del 24 de junio de 1998. Desde entonces sólo puede obtenerse el título de Enfermera/o Especialista en Salud Mental en determinadas unidades docentes que reúnen requisitos específicamente señalados para su acreditación oficial (31).

La aportación profesional específica de las enfermeras/os de Salud Mental se realiza mediante (31):

- La prestación de cuidados a personas familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención tratamiento y rehabilitación de la salud mental.
- El asesoramiento, en calidad de expertos, a profesionales de enfermería y a otros profesionales de la salud.
- La educación en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidad.
- La formación en materia de salud mental a los futuros profesionales de enfermería.
- La investigación en el campo de la enfermería en salud mental.
- La dirección y participación en la organización y administración de los servicios de salud mental.

Ugalde y Lluch, en un estudio realizado en cinco unidades psiquiátricas de hospitales de tres Comunidades Autónomas de nuestro País (Cataluña, Madrid y País Vasco), hacían constar en 2011 que dentro de una progresiva homogenización seguía existiendo

una importante dispersión en el uso de las terminologías enfermeras. Concluían indicando: “pensamos que utilizar las taxonomías enfermeras es una buena alternativa para conseguir uno de los objetivos más necesarios de nuestra profesión que es el de hacer visible nuestra contribución al bienestar general de las personas” (32).

La estandarización diagnóstica en el campo de la salud mental

Thomé et al. señalaban en 2014 que las intervenciones fundamentadas en los diagnósticos enfermeros demostraban ser extremadamente útiles para el tratamiento, la prevención de problemas y la promoción de la salud en el campo de los procesos psiquiátricos. Pero, añadían a continuación, que los conocimientos y las destrezas adquiridas por los profesionales de enfermería durante sus estudios, no se transmiten con la frecuencia deseable en la aplicación de la taxonomía NANDA durante su práctica diaria en el área de la Salud Mental (33).

Aunque la informatización de los registros de salud ha contribuido a mejorar tal fenómeno, trabajos recientes siguen constatando déficits y fallos en la utilización de un lenguaje estandarizado a la hora de definir los diagnósticos enfermeros.

En 2019, Gonçalves P junto a otros, tras revisar los registros diagnósticos enfermeros de 39 Servicios de Psiquiatría del Servicio Nacional de Salud de Portugal, señalaban problemas en la falta de lenguaje estandarizado, la emisión de juicios diagnósticos incongruentes y la confusión entre diagnósticos de enfermería y áreas de enfoque terapéutico. Concluían que era necesaria mayor capacitación profesional en esta área (34).

También en 2019, Larijani T y Saatchi B proponían formación y entrenamiento especial en el uso del Sistema NNN para mejorar los cuidados de enfermería relacionados con la seguridad de los pacientes en las salas de hospitalización psiquiátrica (35).

Y en enero del año en curso, De Groot K et al, han estudiado el uso de los registros electrónicos de enfermería en los expedientes sanitarios de hospitales, atención domiciliaria y residencias de ancianos en los Países Bajos. El resultado es que sólo en la mitad de los casos se utilizan terminologías estandarizadas en los registros informatizados, que lo hacen más en la provisión de cuidados que en la actividad diagnóstica y que el personal de enfermería no tiene una opinión positiva respecto a la facilidad de uso de dichos programas; concluyendo que es necesario el diseño de nuevos programas con terminología homogénea y mucho más amistosos para los usuarios (36).

Una propuesta de aplicación de la taxonomía NANDA-I en el campo de la salud mental

Babak Saatchi introdujo con fines clínicos y educativos, en 2016, un listado elaborado por profesionales enfermeros con amplia experiencia en asistencia psiquiátrica que recoge un total de 135 diagnósticos enfermeros del total de 244 incluidos en la versión 2018-2020 de la taxonomía NANDA-I (37).

El resumen del mismo, por dominios y clases, es el siguiente:

| | |
|--|-----------------|
| <u>Dominio 1: Promoción de la salud</u> | 11 diagnósticos |
| Clase 1. Toma de conciencia de la salud | 3 diagnósticos |
| Clase 2. Gestión de la salud | 8 diagnósticos |
| <u>Dominio 2. Nutrición</u> | 12 diagnósticos |
| Clase 1. Ingestión | 6 diagnósticos |
| Clase 4. Metabolismo | 1 diagnóstico |
| Clase 5. Hidratación | 5 diagnósticos |
| <u>Dominio 3. Eliminación e intercambio</u> | 6 diagnósticos |
| Clase 1. Función urinaria | 3 diagnósticos |
| Clase 2. Función gastrointestinal: | 2 diagnósticos |
| Clase 4. Función respiratoria | 1 diagnóstico |
| <u>Dominio 4. Actividad y reposo</u> | 21 diagnósticos |
| Clase 1. Sueño/reposo | 4 diagnósticos |
| Clase 2. Actividad/ejercicio | 4 diagnósticos |
| Clase 3. Equilibrio de la energía | 2 diagnósticos |
| Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares | 5 diagnósticos |
| Clase 5. Autocuidado | 6 diagnósticos |
| <u>Dominio 5. Percepción/Cognición</u> | 8 diagnósticos |
| Clase 4. Cognición | 6 diagnósticos |
| Clase 5. Comunicación | 2 diagnósticos |
| <u>Dominio 6. Autopercepción</u> | 7 diagnósticos |
| Clase 1. Autoconcepto | 4 diagnósticos |
| Clase 2. Autoestima | 2 diagnósticos |
| Clase 3. Imagen corporal | 1 diagnóstico |
| <u>Dominio 7. Rol/Relaciones</u> | 7 diagnósticos |
| Clase 1. Roles de cuidador | 1 diagnóstico |
| Clase 2. Relaciones familiares | 2 diagnósticos |
| Clase 3. Desempeño del rol | 4 diagnósticos |
| <u>Dominio 8. Sexualidad</u> | 2 diagnósticos |
| Clase 2. Función sexual | 2 diagnósticos |
| <u>Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés</u> | 27 diagnósticos |
| Clase 1. Respuestas postraumáticas | 5 diagnósticos |
| Clase 2. Respuestas de afrontamiento | 20 diagnósticos |
| Clase 3. Estrés neurocomportamental | 2 diagnósticos |

| | |
|---|-----------------|
| <u>Dominio 10. Principios vitales</u> | 6 diagnósticos |
| Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones | 6 diagnósticos |
| <u>Dominio 11. Seguridad/Protección</u> | 21 diagnósticos |
| Clase 1. Infección | 1 diagnóstico |
| Clase 2. Lesión física | 9 diagnósticos |
| Clase 3. Violencia | 6 diagnósticos |
| Clase 4. Peligros del entorno | 1 diagnóstico |
| Clase 5. Procesos defensivos | 1 diagnóstico |
| Clase 6. Termorregulación | 3 diagnósticos |
| <u>Dominio 12. Confort</u> | 7 diagnósticos |
| Clase 1. Confort físico | 4 diagnósticos |
| Clase 3. Confort social | 3 diagnósticos |
| <u>Dominio 12. Crecimiento/Desarrollo</u> | 0 diagnósticos |

Como puede apreciarse, en el campo de la salud mental, los dominios a destacar son: el 4 (actividad/reposo) con 21 diagnósticos, el 9 (afrentamiento/tolerancia al estrés) con 27 diagnósticos y el 11 (seguridad/protección) con 21 diagnósticos.

Aplicación de la taxonomía NANDA-I en el contexto de la esquizofrenia

Una de las patologías mentales más frecuentes y graves es la esquizofrenia. Esta enfermedad afecta al 0,8-1,3% de la población española mayor de 18 años, estimándose la existencia de cerca de 600000 casos en el país, muchos de ellos jóvenes de ambos géneros (38).

El término esquizofrenia se aplica a un conjunto de trastornos psiquiátricos graves e incapacitantes caracterizados por pérdida del sentido de la realidad, curso perturbado del pensamiento, trastornos emocionales, conductuales e intelectuales y posibles delirios y alucinaciones, con duración de los síntomas superior a seis meses (38).

Su etiología es desconocida, aunque se conoce que las alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica juegan un papel crucial en la aparición de los síntomas y en el curso del trastorno (38).

En cuanto a los síntomas, se concentra en tres grandes grupos (38):

- Síntomas positivos: expresan pérdida del sentido de la realidad. Son fundamentalmente las alucinaciones y los delirios o falsas creencias.
- Síntomas negativos: apatía, anhedonia, pobreza en el lenguaje, aplanamiento de las emociones...
- Síntomas cognitivos: trastornos del pensamiento y conductas anómalas.

Se describen cinco tipos de esquizofrenia (38):

- Paranoide: con delirios persecutorios o de grandeza y frecuentes alucinaciones, menos síntomas cognitivos y menor deterioro mental del paciente que en otros tipos.
- Desorganizada: con conductas incoherentes, afectividad aplanada y lenguaje desordenado. Tendencia a un notable aislamiento social.
- Catatónica: caracterizada por estupor y falta de actividad prolongada, con cortos períodos de excitación en los que los pacientes manifiestan gran potencial destructivo.
- Indiferenciada: con síntomas positivos y negativos que no encajan en los otros tipos.
- Residual: sin grandes síntomas psicóticos y predominando los negativos, tras brotes agudos.

Como en todo proceso de atención de enfermería, la fase de valoración precede a la de emisión de diagnósticos. En términos generales, los aspectos a considerar serían (38):

- Reconocer la enfermedad por los signos y síntomas característicos: lenguaje inapropiado, distorsiones del pensamiento, alucinaciones, conductas delirantes, interacciones sociales deficientes, etc.

- Establecer una relación de confianza con el paciente: presentarse, explicar el papel de la enfermera en el equipo terapéutico, no bromear, indicar al paciente que le esperan períodos asistenciales rigurosos.
- Evaluar la existencia de síntomas positivos: alucinaciones, delirios, conductas paranoicas, conductas desordenadas, argumentación amenazante...
- Evaluar la existencia de síntomas negativos.
- Evaluar la capacidad del paciente para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Evaluar la historia terapéutica del paciente: qué medicamentos toma, en qué dosis y con qué adherencia.
- Evaluar el sistema de soporte del paciente, especialmente si su familia está bien informada sobre la enfermedad y entiende que será necesario un tratamiento sostenido y prolongado.

Aunque el patrón general de la esquizofrenia es el anteriormente descrito, no todos los casos se desarrollan conforme al mismo. Cada paciente presenta clínica específica, variando ampliamente los síntomas de un caso al otro, incluso en el mismo paciente se pueden llegar a apreciar diferencias en distintos episodios. Ello obliga al diseño de planes de cuidados especializados que se basan en los distintos diagnósticos enfermeros emitidos.

Diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones NIC aplicadas a un caso clínico.

- Presentación del caso

Varón de 19 años que ingresa en el Servicio de Psiquiatría procedente de Urgencias, donde ha sido conducido por sus padres.

El paciente estudia Biología en una universidad de Madrid, los resultados del pasado cuatrimestre fueron decepcionantes. Sus padres refieren que cuando fueron a buscarlo para volver a casa encontraron las paredes de su habitación llenas de papeles con palabras anotadas sin sentido, al preguntarle el paciente respondió que eran para “organizar sus pensamientos”. Su compañero de habitación les informó que en las últimas semanas su hijo se saltaba clases y comidas.

Los días previos para acudir al hospital el paciente presentaba comportamientos extraños, se pasaba el día escuchando música y cuando le preguntaban qué le pasaba él contestaba que “estaba recibiendo el poder”. A ratos se reía y parecía hablar con alguien, apenas salía de su habitación y se negaba a comer. Durante la noche tenía problemas para conciliar el sueño.

La analítica solicitada en el servicio de urgencias fue normal y la determinación de drogas de abuso en orina negativa. El psiquiatra de guardia decide ingresarlo para estudio y tratamiento con la impresión diagnóstica de primer episodio de esquizofrenia.

A su llegada a planta se encuentra consciente y desorientado en espacio y tiempo. Presenta aspecto descuidado y expresión asustada, con los ojos muy abiertos y en periodo de hipervigilancia.

En la entrevista con el paciente parece estar alucinando, conversando con alguien que cree que está con él en la habitación. Dice recibir instrucciones de “el poder” y amenaza con autolesionarse si no se le permite salir inmediatamente. Es incapaz de hablar y pensar coherentemente. Constantes en rango y exploración física normal, presenta bajo peso (Altura: 179 cm, Peso: 60 kg, IMC:18,23).

➤ Diagnósticos de enfermería

- **Confusión crónica (00129).**
Dominio 5. Percepción/Cognición. Clase 4. Cognición.
- **Riesgo de violencia autodirigida (00140).**
Dominio 11. Seguridad/Protección. Clase 3. Violencia.
- **Trastorno del patrón de sueño (00198).**
Dominio 4. Actividad/Reposo. Clase 1 Sueño/Reposo.
- **Deterioro de la interacción social (00052).**
Dominio 7. Rol/Relaciones. Clase 3. Desempeño del rol.
- **Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002).**
Dominio 2. Nutrición. Clase 1. Ingestión.

➤ Plan de cuidados (39)

1. Diagnóstico NANDA:

00129. Confusión crónica.

- **Definición:** deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo, del intelecto y la personalidad caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales y reducción en la capacidad para los procesos de pensamiento intelectual, manifestado por trastornos de la memoria, la orientación y la conducta.
- **Características definitorias:**
 - Alteración de la interpretación.
 - Alteración de la personalidad.
 - Alteración de la respuesta a estímulos.
 - Alteración progresiva de la función cognitiva.
 - Deterioro cognitivo crónico.
- **Relacionado con:**
 - a) Psicosis.
 - b) Deterioro cognitivo.
 - c) Lesiones cerebrales.

- **Evidenciado por:**

- a) Dificultad para comunicar verbalmente los pensamientos.
- b) Dificultad para discernir y mantener el patrón de comunicación habitual.
- c) Trastornos en las asociaciones cognitivas (conductas perseverantes, lenguaje pobre, neologismos, incoherencias, bloqueos del pensamiento...).
- d) Verbalización inapropiada.

Objetivo NOC:

1403. Autocontrol del pensamiento distorsionado.

- **Definición:** auto restricción de la alteración de la percepción, procesos de pensamiento.
- **Indicadores:**
 - a) 14301. Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.
 - b) 14303. No responde a alucinaciones o ideas delirantes.
 - c) 14304. Verbaliza la frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes.
 - d) 14305. Describe el contenido de las alucinaciones o ideas delirantes.
 - e) 14307. Solicita la ratificación de la realidad.
 - f) 14309. Interacciona con los demás de forma apropiada.
 - g) 14310. Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente.
 - h) 14311. Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico.
 - i) 14313. Expone el contenido de un pensamiento adecuado.

Intervenciones NIC:

6450. Manejo de las ideas delirantes.

- **Definición:** fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real.

6510. Manejo de las alucinaciones.

- **Definición:** estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones.

6440. Manejo del delirio.

- **Definición:** disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confuso agudo.

6486. Manejo ambiental: seguridad.

- **Definición:** vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

4920. Escucha activa.

- **Definición:** gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

2. Diagnóstico NANDA:

00140. Riego de violencia autodirigida.

- **Definición:** riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.
- **Relacionado con:**
 - a) Relaciones interpersonales conflictivas.
 - b) Edad entre 15 y 19 años o superior a 45 años.
 - c) Estado civil (soltería, viudedad, divorcio).
 - d) Estados emocionales: desesperanza, ansiedad creciente, pánico, cólera.
 - e) Desempleo, fracaso laboral.
 - f) Depresión grave.
 - g) Problemas de salud física: enfermedad crónica, enfermedad incurable.
- **Evidenciado por:**
 - a) Ideación suicida frecuente intensa o prolongada.
 - b) Plan suicida (claro específico).
 - c) Claves verbales (hablar sobre la muerte).

Resultado (NOC):

1406. Autocontrol de la mutilación.

- **Definición:** capacidad para reprimir las lesiones autoinfligidas intencionadas no letales.
- **Indicadores:**
 - a) 140804. Se contiene para acumular medios para autolesionarse.
 - b) 140812. Mantiene el autocontrol sin supervisión
 - c) 140816. No intenta causarse lesiones graves.
 - d) 140818. Busca ayuda cuando siente una necesidad urgente de autolesionarse.
 - e) 140820. Utiliza los servicios de salud.

Intervenciones (NIC):

6487. Manejo ambiental: prevención de la violencia.

- **Definición:** control y manipulación del ambiente físico para disminuir potenciales conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.

6486. Manejo ambiental: seguridad.

- **Definición:** preparación del hogar para proporcionar cuidados de manera segura y eficaz.

4354. Manejo de la conducta: autolesión.

- **Definición:** ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.

6340. Prevención del suicidio.

- **Definición:** disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

3. Diagnóstico (NANDA-I):

00095. Insomnio.

- **Definición:** trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
- **Relacionado con:**
 - a) Miedo y ansiedad debidos a las alucinaciones.
 - b) Pensamientos repetitivos y distorsionadores.
 - c) Toma de alcohol.
 - d) Medicamentos.
 - e) Malestar físico.
 - f) Estrés.
- **Evidenciado por:**
 - a) Tiempo total de sueño menor del considerado normal para su edad y tipo de actividad
 - b) Se despierta tres o más veces por la noche.
 - c) Manifiesta insomnio mantenido.
 - d) Observación de falta de energía.

Resultados (NOC):

0003. Descanso.

- **Definición:** grado y patrón de disminución de actividad para la recuperación mental y psíquica.
- **Indicadores:**
 - a) 000301. Tiempo de descanso.
 - b) 000302. Patrón de descanso.
 - c) 000303. Calidad del descanso.
 - d) 000304. Descansado físicamente.

- e) 000305. Descansado mentalmente.

0004. Sueño.

- **Definición:** magnitud y patrón de suspensión natural periódica de la consciencia durante el cual se recupera el organismo.
- **Indicadores:**
 - a) 000401. Horas de sueño.
 - b) 000404. Calidad de sueño.
 - c) 000406. Sueño interrumpido.
 - d) 000410. Despertar a horas apropiadas.

Intervenciones (NIC):

1850. Mejorar el sueño.

- **Definición:** facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

5880. Técnica de relajación.

- **Definición:** disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

4. Diagnóstico (NANDA-I):

00052. Deterioro de la interacción social.

- **Definición:** intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.
- **Relacionado con:**
 - a) Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad.
 - b) Aislamiento terapéutico.
 - c) Trastorno del autoconcepto.
 - d) Barreras de comunicación.
 - e) Obstáculos de comunicación
- **Evidenciado por:**
 - a) Insatisfacción con los compromisos sociales.
 - b) Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
 - c) La familia expresa cambios en la interacción.
 - d) Malestar en las situaciones sociales.

Resultado (NOC):

0902. Comunicación.

- **Definición:** capacidad para recibir e interpretar mensajes verbales y no verbales
- **Indicadores:**
 - a) 090202. Usa el lenguaje hablado vocal.
 - b) 090204. Utiliza la conversación con claridad.
 - c) 090205. Emplea el lenguaje no verbal adecuadamente.
 - d) 090207. Dirige los mensajes de forma apropiada.
 - e) 090208. Intercambia mensajes con los demás.

Intervenciones (NIC):

4340. Entrenamiento de la asertividad.

- **Definición:** ayuda en la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás.

5460. Contacto.

- **Definición:** proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado.

4920. Escucha activa.

- **Definición:** gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Resultado (NOC):

1502. Habilidades de interacción social.

- **Definición:** conductas personales que fomentan relaciones eficaces.
- **Indicadores:**
 - a) 150201. Divulgación si es procedente.
 - b) 150202. Receptividad si es apropiado.
 - c) 150203. Cooperación.
 - d) 150204. Sensibilidad.
 - e) 150207. Mostrar consideración.
 - f) 150212. Relaciones.

1503. Implicación social.

- **Definición:** frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos y organizaciones.
- **Indicadores:**
 - a) 150301. Interacción con amigos.
 - b) 150303. Interacción con miembros de la familia.
 - c) 150309. Participación en actividades como voluntariado.
 - d) 150311. Participación en actividades de ocio.

Intervenciones (NIC):

4362. Modificación de la conducta: habilidades sociales.

- **Definición:** ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

5100. Potenciación de la socialización.

- **Definición:** facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

5. Diagnóstico (NANDA-I):

00002. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

- **Definición:** ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
- **Relacionado con:**
 - a) Ingesta diaria insuficiente.
 - b) Trastorno psiquiátrico.
- **Evidenciado por:**
 - a) Pérdida de peso por ingesta inadecuada.
 - b) Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.
 - c) Falta de interés por los alimentos.
 - d) Pérdida de fuerza y tono muscular.

Resultados (NOC):

1004. Estado nutricional.

- **Definición:** cantidad de ingesta de sólidos y líquidos durante un período de 24 horas.
- **Indicadores:**
 - a) 100402. Ingesta de alimentos.
 - b) 100408. Ingesta de líquidos. Intervenciones (NIC):

5330. Control del estado de ánimo.

- **Definición:** proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.

1120. Terapia nutricional.

- **Definición:** administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.

1160. Monitorización nutricional.

- **Definición:** recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.

CONCLUSIONES

1. Durante el transcurso de la historia, la enfermería ha ido adoptando el rol independiente que actualmente posee. Gran parte de esa evolución se debe a la integración del diagnóstico de enfermería en el proceso de atención. Hoy en día, dicha fase se considera el marco de referencia de la profesión. En el PAE, cumple una función crucial: articula la valoración del paciente con la planificación y administración de cuidados y facilita la evaluación de los resultados. El diagnóstico enfermero no sólo aporta mayor precisión y calidad a la atención que prestamos a los pacientes, sino que su utilidad se extiende al campo de la docencia e investigación y a la administración eficiente de los recursos sanitarios.
2. La elaboración de un diagnóstico de enfermería es producto de una combinación de factores y valores: conocimientos teóricos, comprensión del concepto de diagnóstico, aptitud para recoger datos del enfermo, intuición y filosofía personal, experiencia profesional. Su estructura consta de tres componentes: la etiqueta diagnóstica, la etiología y la sintomatología.
3. La taxonomía NANDA-I de diagnósticos enfermeros y la taxonomía combinada NNN (NANDA-I, NOC, NIC) son internacionalmente reconocidas como las más adecuadas y recomendables para la práctica enfermera. Su estructura tiene un diseño multiaxial que la hace flexible y facilita su incorporación a sistemas informatizados.
4. En el Sistema Sanitario Español, el Conjunto Mínimo de Datos es el documento básico de información sobre la atención enfermera. Su proceso automatizado proporciona datos imprescindibles para el cuidado de los pacientes, para los profesionales sanitarios que intervienen en el mismo y para la adecuada administración de los recursos sanitarios. A pesar de la mejora aportada por la informatización de los registros de salud, se siguen constatando déficits y fallos en la utilización de un lenguaje estandarizado a la hora de definir los diagnósticos enfermeros, por lo que se recomienda la formación en dicho campo desde el primer curso del Grado de Enfermería.
5. La taxonomía NNN aplicada a la Salud Mental proporciona mayor precisión en la aplicación de cuidados y una mejoría en los resultados obtenidos mediante las intervenciones propuestas. Responde a la necesidad de individualización de los planes en pacientes con manifestaciones clínicas tan diversas que existen en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Griffin A, Hall A. Fundamentos de enfermería. 9a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
2. Berman A, Snyder S, Frandsen G. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing. Concepts, process and practice. 10th ed. Boston: Pearson; 2016.
3. Petro-Yura H, Walsh MB. The nursing process: assessing, planning, implementing, and evaluating. 1st ed. New York: Continuing education series at the Catholic University of America; 1967.
4. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enferm Univ. 2016;13(2):124-9.
5. Muller-Staub M, Lavin M, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes-application and impact on nursing practice: systematic review. J Adv Nurs. 2006;56(5):514-531.
6. Kautz D, Van Horn ER. An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. Int J Nurs Terminol Classif. 2008;19(1):14-19.
7. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino Fabio. Impact of nursing diagnoses on patient and organizational outcomes: a systematic literature review. J Clin Nurs. 2017;26(23-24):3764-83.
8. Gallego Lastra R, Diz Gómez J, López Romero MA. Metodología Enfermera: Lenguajes estandarizados. 1a ed. Madrid: Universidad Complutense; 2015.
9. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. Int J Nurs Stud 2007;44(5):702-713.
10. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020. 11th ed. New York: Thieme; 2017.
11. Valdespina C. Clasificaciones NANDA, NOC, NIC 2018-2020. 1a ed. Leioa (Bizkaia): Salusplay editorial; 2019.
12. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a ed. Madrid: Elsevier; 2003.
13. NANDA International: The International Nursing Knowledge Association [Internet]. Chestnut Hill (Ma, USA): NANDA-I; c1990 [citado 18 mar 2020]. Disponible en: <https://kb.nanda.org/article/AA-00355/0/qué-es-un-diagnostico-de-enfermería>.
14. Chiffi D, Zanotti R. Medical and nursing diagnoses: a critical comparison. J Eval Clin Pract. 2015;21(1):1-6.
15. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. Int J Nurs Terminol Classif. 2010;21(2):82-88.

16. Iyer PW, Taptic BJ, Bernocchi-Lose HD. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3a ed. México: McGraw Hill;1995.
17. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.
18. Flanagan J, Weir-Hughes D. NANDA-I, NIC and NOC, the EHR, and meaningful use. *Int J Nurs Knowl*. 2016;27(4):183.
19. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (BOE número 225 de 16 de septiembre de 2010). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>.
20. Castillo MT, Torre P. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos: Informe de cuidados de enfermería. Real Decreto 1093/2010. *Ag Enf*. 2011; 15(3):101-104.
21. D'Agostino F, Zeffiro V, Vellone E, Ausili D, Belsito R, Leto A. Cross mapping of nursing care terms recorded in Italian hospitals into the standardized NNN terminology. *Int J Nurs Knowl*. 2020;31(1):4-13.
22. Ranegger R, Hackl WO, Ammenwerth E. The Austrian Nursing Minimum Data Set (NMDS-AT). *Studies in Health Technology & Informatics*. 2016;225(1):806-807.
23. Butler M, Treacy M, Scott A, Hyde A, Mc Neela P, et al. Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. *J Adv Nurs*. 2006;55(3):364-375.
24. Müller-Staub M. Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. *Stud Health Technol Inform*. 2009;146(1):337-341.
25. Carpenito-Moyet LJ. Invited Paper: Teaching nursing diagnosis to increase utilization after graduation. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(3):124-33.
26. Backes A, Berger S. A tool to guide students in identifying problem concepts, assessment and diagnosis. *Nurs Educ*. 2018;43(2):1-3.
27. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20(1):9-15.
28. Frauenfelder F, van Achterberg T, Needham I, Müller-Staub M. Nursing Diagnoses in Inpatient Psychiatry. *Int J Nurs Knowl*. 2016;27(1):24-34.
29. Escalada P, Muñoz P, González E, Santos B, González-Vargas J et al. A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Appl Nurs Res*. 2015;28(2):92-98.
30. Frauenfelder F, van Achterberg T, Müller-Staub M. Documented Nursing Interventions in Inpatient Psychiatry. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(1):18-28.

31. Ortega C. Evolución de la asistencia psiquiátrica en la España del siglo XX. En: Megías-Lizancos F, Serrano MD, autores. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental Vol 1*. 1a ed. Valencia: DAE Editorial; 2018. p. 19-37.
32. Ugalde M, Lluch M [Internet]. Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona; 2011 [última actualización jul 2011; citado 5 mar 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/19207>.
33. Thomé ES, Centena RC, Behenck AS, Marini M, Heldt E. Applicability of the NANDA-I and Nursing Interventions Classification Taxonomies to Mental Health Nursing Practice. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(3):168-172.
34. Gonçalves P, Sequeira C, Silva M. Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review*. 2019;66(2):199-208.
35. Larijani TT, Saatchi B. Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. *Nurs Open* 2019;6(2):612-619.
36. Groot K de, Veer AJ de, Paans A, Francke A. Use of electronic health records in relation to standardized terminologies: a nationwide survey of nursing staff experiences. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 [citado 14 abr 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103523>.
37. Saatchi B. *Psychiatric Nursing Diagnosis List; based on the NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs)*. 1st ed. Irving University (Ca, USA); 2016. p. 1-13.
38. González J. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Megías-Lizancos F, Serrano MD, autores. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental Vol 1*. 1a ed. Valencia: DAE Editorial; 2018. p. 167-176.
39. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Anexo 1. Cronograma.

| | 13 dic | 3 feb | 11 feb | 26 feb | 6 mar | 10 mar | 1 abr | 12 abr | 21 abr | 3 may | 11 may | 17 may |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Asignación TFG | Previsto | | | | | | | | | | | |
| Seminario | Realizado | Previsto | | | | | | | | | | |
| Primera reunión con el tutor | | Realizado | Previsto | | | | | | | | | |
| Redacción de introducción | | | Realizado | Previsto | | | | | | | | |
| Redacción de objetivos | | | Realizado | Previsto | | | | | | | | |
| Elaboración metodología | | | | Realizado | Previsto | Previsto | | | | | | |
| Segunda reunión con el tutor | | | | Realizado | Previsto | Previsto | | | | | | |
| Revisión bibliográfica | | | | | Realizado | Previsto | Previsto | Previsto | | | | |
| Desarrollo | | | | | | | Previsto | Previsto | Previsto | Previsto | | |
| Adaptación bibliografía a normas Vancouver | | | | | | | | Realizado | Previsto | Previsto | | |
| Conclusiones | | | | | | | | | Realizado | Previsto | | |
| Elaboración resumen | | | | | | | | | Realizado | Previsto | | |
| Elaboración índice | | | | | | | | | Realizado | Previsto | | |
| Aprobación por tutor | | | | | | | | | | Realizado | Previsto | |
| Powerpoint | | | | | | | | | | | | Previsto |

| | |
|-----------|--|
| Previsto | |
| Realizado | |